# 薬剤師在宅訪問依頼書（事前相談用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

**薬局　宛**

通信欄：

# ＜患者情報＞

|  |  |
| --- | --- |
| 患者イニシャル |  |
| 年齢・性別 | 歳　　　　　　　　　男　　　　女 |
| 住所 | 市　　　　　　　　　町 |
| 認知度 | 軽度　　　　中度　　　　重度 |
| 介護保険の有無 | 無　　　　　　　有　（　　介護度　　　　　　　　　　　） |
| 障害の有無  （視覚・聴覚・嚥下状態など） |  |
| 家族構成　　　　　　　　　　（キーパーソンを記載） |  |
| 訪問時間制限の有無 | 無　　　　　　　有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 処方内容（麻薬を含む） |  |
| 特別な医療  （該当する項目があれば、〇で囲んで下さい） | 経管栄養　　疼痛の管理　　褥瘡の処置　　ストーマの処置  点滴の管理　　中心静脈栄養　　カテーテル　　その他 |

|  |
| --- |
| 備考/追記（訪問により期待する事など） |

医療機関名及び事業所名：

連絡先：TEL　　　　　　／FAX

ご担当者名：